NOTICE SOMMAIRE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

PROFESSEUR FÉLIX LAGRANGE
(DE BORDEAUX)



PARIS
GAUTHIER-VILLARS ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DU BUREAU DES LONGITUDES, DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE
55, Quai des Grands-Augustins, 55

1919

NOTE SUR LES TITRES SCIENTIFIQUES
du Professeur FELIX LAGRANGE de Bordeaux
Associé National de l'Académie de Médecine

Parmi les travaux originaux résumés dans l'exposé des titres du Professeur LAGRANGE, nous remarquons :

1°- Un traité des tumeurs de l'oeil, de l'orbite et des annexes, qui renferme un grand nombre d'idées personnelles, basées sur des documents originaux et qui sont devenus classiques (voir page 25 de l'exposé des titres)- Ce grand ouvrage (2 volumes de 900 pages chacun avec 420 figures et 30 planches) couronné par l'Académie de Médecine (Prix Laborie 1905) est à la fois l'oeuvre d'un savant de laboratoire et d'un chirurgien. - Le Professeur Lagrange est d'ailleurs agrégé de chirurgie et chirurgien des hopitaux.

Le premier volume contient l'anatomie pathologique complète des Tumeurs de l'oeil. - Le second expose, outre l'anatomie pathologique des Tumeurs de l'orbite, tous les procédés chirurgicaux que comporte leur traitement. - Plusieurs procédés sont personnels à l'auteur.

2°- Les travaux sur le Glaucome et sur la méthode fistulisante découverte par le Professeur Lagrange et maintenant pratiquée dans tous les pays (voir exposé des titres page 42) - Anderson Critchett avait dit en Août 1895 à l'Association Médicale Britanique (voir Annales d'Oculistique t 114, page 232, ligne 21 et suivantes) que l'"opérateur qui trouvera un procédé permettant d'assurer la formation de la cicatrice cystoïde méritera bien de l'humanité". Au congrès de Londres 1913, le même Anderson Critchett a déclaré dans la discussion qui a suivi le rapport du Docteur Lagrange qu'il était heureux que le Docteur Lagrange ait pu réaliser ce desideratum ophtalmologique et l'en

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

a félicité en termes précis (Comptes rendu du Congrès international de Londres 1913, T. 11 page 34, ligne 36 et suivantes)--- A la page 42 de l'exp des titres on trouvera l'appréciation d'Elliot, le plus grand oculiste actuel de l'Angleterre -- Lieto Vollaro, l'éminent professeur de Florence dans un mémoire récent sur le Traitement du glaucome s'exprime de la façon suivante :

" Il est donc juste que les opérateurs de tous les pays, et spécialement ceux qui connurent les incertitudes et le pessimisme d'autrefois à l'égard du traitement et du pronostic du glaucome chronique simple, gardent dans leur esprit des sentiments d'admiration et de reconnaissance envers l'insigne ophtalmologiste de France qui a indiqué une nouvelle et plus sure voie pour soustraire les malades atteints par cette maladie à la triste destinée de la cécité"-- (Bolletino oculistica Mars-Avril 1922, in fine) On pourrait ajouter un grand nombre d'appréciations semblables émises par des oculistes de tous les pays.

La méthode fistulante a été en 1922 exposée par le Professeur Lagrange dans un ouvrage étendu :"Glaucome et Hypotonie". (1 volume de 450 pages Doin éditeur)---

3°- Le Professeur Lagrange a donné une théorie personnelle du Kératocone; il a démontré que l'astigmatisme hypermétropique tendai à la guérison spontanée; il a utilisé pour la première fois l'humeur aqueuse artificielle pour laver la chambre antérieure; il a imaginé un procédé nouveau pour le retour de la vision binoculaire, décrit une technique personnelle pour l'électrolyse des voies lacrymales, une autre pour le relèvementde la tension oculaire dans l'hypotomie, plusieurs opérations originales pour remplir les orbites déshabitées e faciliter le prothèse (anaplérose orbitaire), une opération qui porte son nom sur l'extirpation du nerf optique avec conservation du globe,

dans les tumeurs de ce nerf.

4°- Enfin, pendant la guerre le Professeur Lagrange a publié deux ouvrages qui ont été couronnés par l'Institut (prix Monthyon 1918) Dans l'exposé des titres, page 43, on trouvera le résumé des idées nouvelles contenues dans ces ouvrages et notamment la démonstration des lois qui régissent lee rapports existant entre les lésions des membranes profondes oculaires et les traumatismes faciaux et craniens.

Cee lois ont été démontrées par l'étude de milliers de blessés de la face et du crâne observés au Centre d'Ophtalmologie de la 18° Région. - Elles ont été énoncées avec précision dans l'exposé des titres page 43 et suivantes. - Elles ont été trouvées exáctes par tous les oculistes qui ont cherché à les vérifier.

5°- En outre de ces travaux originaux, il convient de signaler parmi les titres du Professeur Lagrange des ouvrages de Vulgarisation. :

a)-Précis d'ophtalmologie - Doin éditeur, 4° édition.

b)- Encyclopédie française d'ophtalmologie (9 gros volumes) publiée sous sa direction et celle du Docteur Valude (des Quinze-Vingts)

c)- Son enseignement très suivi par les étudiants de la Faculté de Bordeaux.

-----------------------****§****-----------------------
-------------***-------------
§

NOTICE SOMMAIRE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

PROFESSEUR FÉLIX LAGRANGE
(DE BORDEAUX)

PARIS
GAUTHIER-VILLARS ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DU BUREAU DES LONGITUDES, DE L'ÉCOLE POLYTECHNIQUE
55, Quai des Grands-Augustins, 55

1919

NOTICE SOMMAIRE

SUR LES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

PROFESSEUR FÉLIX LAGRANGE

Né le 22 janvier 1857, à Soumensac (Lot-et-Garonne)

I. — GRADES UNIVERSITAIRES.

Docteur en médecine (2 mars 1880).

Agrégé des Facultés de médecine (Section de Chirurgie et Accouchement) (juillet 1883).

Chargé d'un cours complémentaire d'Ophtalmologie (fondation de l'Université de Bordeaux, mai 1898).

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Bordeaux (1910).

II. — RÉCOMPENSES SCIENTIFIQUES.

Lauréat de l'École du Val-de-Grâce. Sorti premier de la promotion (1880).

Prix Laborie (1200^{fr}). Société de Chirurgie (1885).

Récompense de 500^{fr} sur le prix Monbinne. Académie de Médecine (1890).

Récompense de 500^{fr} sur le prix Meynot. Académie de Médecine (1893).

Médaille d'or de l'Académie des Sciences, Belles-Lettres et Arts de Bordeaux (1899).

Mention de 1500^{fr} sur le prix Montyon, à l'Institut (1901).

Prix Laborie (5000^{fr}) à l'Académie de Médecine (1905).

Mention de 1500^{fr} sur le Prix Montyon, à l'Institut (1913).

Prix Montyon de médecine et de chirurgie (2500^{fr}), à l'Institut (1918).

III. — SOCIÉTÉS SAVANTES, DISTINCTIONS HONORIFIQUES.

Membre et ancien vice-président de la Société anatomique de Bordeaux.

Membre de la Société de Médecine de Bordeaux.

Membre du Comité de la Société française d'Ophtalmologie.

Membre correspondant de la Société d'Ophtalmologie de Paris.

Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris.

Membre ~~correspondant~~ associé national de l'Académie de Médecine (1908).

Membre d'honneur de la Société d'Ophtalmologie de Kiev.

Officier de l'Instruction publique.

Officier de la Légion d'honneur.

Médaille du Tonkin.

Grand officier du Nicham-Iftikhar.

IV. — SERVICES DANS LES HOPITAUX.

1875. Interne adjoint à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

1876. Interne titulaire des hôpitaux de Bordeaux.

1878. Externe des hôpitaux de Paris, admis la même année à l'École du Val-de-Grâce, le premier de la promotion.

1880. Sorti premier de l'École du Val-de-Grâce, attaché à l'École en qualité de chef de clinique chirurgicale du professeur Gaujot.

1881-1882. Aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou.

1883. Nommé professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux et aide-major dans la garnison et l'hôpital militaire de la ville.

1884. Remplacement de M. le professeur Denucé à la clinique chirurgicale.

1885-1886. Suppléances pendant les vacances de M. le professeur Badal à la Clinique ophtalmologique, diverses suppléances dans les services de clinique chirurgicale.

1887-1888. Désigné pour servir au Tonkin, comme médecin-major de 2e classe. Création à Hué d'un hôpital annamite où viennent s'instruire les médecins du roi.

1889. Nommé *chirurgien des hôpitaux civils* de Bordeaux à son premier concours, le service militaire l'ayant, jusqu'à cette époque, mis dans l'impossibilité de se présenter.

1890. Démissionnaire de l'armée après dix ans de service. — Chirurgien attaché à l'hospice général de Pélegrin, de Bordeaux.

1891 et suivantes. Suppléances dans le service de la Clinique ophtalmologique.

1894. Création du service d'ophtalmologie de l'hôpital des Enfants.

1897 à 1910. Suppléances régulières de M. le professeur Badal.

1901. Présenté en deuxième ligne par la Faculté de Médecine de Paris pour la chaire de Clinique ophtalmologique.

1910. En quittant les hôpitaux pour prendre la direction de la Clinique ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux, a reçu de la Commission administrative des Hospices une médaille de vermeil, la plus haute récompense décernée par cette administration.

1910. Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Services dans l'armée de 1914 à 1919.

Médecin principal de 1re classe.

Docteur du Service central d'Ophtalmologie de la XVIIIe région.

Ophtalmologiste consultant du Sous-Secrétariat du Service de Santé aux armées.

Ophtalmologiste inspecteur des IXe, Xe, XIe, XIIe et XVIIIe régions.

Membre de la Commission consultative supérieure du Service de Santé au Ministère de la Guerre.

V. — ENSEIGNEMENT.

Aide d'anatomie à l'École de Médecine de Bordeaux (1876-1878).

Cours de clinique chirurgicale, en remplacement de M. le professeur Denucé (année 1884).

Cours de clinique chirurgicale en remplacement de M. le professeur Lannelongue (du 6 mars 1889 au 1er juin 1889).

Cours de clinique ophtalmologique, à un grand nombre de reprises

depuis 1884, à la volonté du professeur, à titre officiel ou officieux, en remplacement de M. le professeur Badal.

Cours complémentaire sur la chirurgie d'armée (1886).

Cours de physiologie en remplacement de M. le professeur Jolyet, nommé juge au concours de l'agrégation (1892).

Chargé officiellement (création de l'Université) d'un cours complémentaire d'ophtalmologie (1898).

Cours complémentaire d'ophtalmologie portant sur les vices de réfraction et l'ophtalmoscopie (1889 et années suivantes jusqu'à 1910).

Ce cours, dont le programme est établi, d'accord avec le professeur de clinique ophtalmologique, comprend 20 leçons, consacrées à l'optométrie subjective et objective : optomètres, image renversée, image droite, leur grossissement, leur valeur séméiologique, etc., la skiascopie et l'*étude complète des vices de réfraction* au point de vue pratique.

A ces 20 leçons s'ajoutent 15 leçons portant sur une partie, variable tous les ans, de la pathologie oculaire.

Cours de clinique ophtalmologique (1910 et années suivantes).

VI. — MONOGRAPHIES ET OUVRAGES DIDACTIQUES.

1. *Traitement de l'ankylose du genou* (Thèse d'agrégation, 1883; 180 pages).
2. *Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs* [Mémoire couronné par la Société de Chirurgie (prix Laborie), 1885; 222 pages].
3. Article *Entorse* (*Dictionnaire encyclopédique*, 20 pages).
4. Article *Épaule* (*Dictionnaire encyclopédique*, 78 pages).
5. Arthrites infectieuses et inflammatoires (*Traité de Chirurgie* de Duplay et Reclus, 120 pages).
6. *Traité pratique des anomalies de la vision à l'usage des étudiants* (G. Steinheil, éditeur; Paris, 1892 : 330 pages).

7. *Études sur les tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes* (280 pages, 9 planches et 16 figures dans le texte. Récompense sur le prix Meynot (Académie de Médecine, 1893). G. Steinheil, éditeur; Paris, 1893).

8. *Précis d'Ophtalmologie*, 3e édition (Collection Testut, 880 pages, 229 figures dans le texte et 4 planches en couleurs).

9. *Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes* (2 volumes, chacun de 880 pages. Steinheil éditeur; Paris, 1901-1904).

10. *Encyclopédie française d'Ophtalmologie*, publiée sous la direction de MM. Lagrange et Valude (9 volumes. Doin, éditeur).

11. *Les fractures de l'orbite* (collection Horizon. Masson, éditeur; 1919).

12. *Atlas d'Ophtalmoscopie de guerre* (1918; 100 planches. Masson, éditeur).

VII. — LISTE DE PUBLICATIONS SUR LA CHIRURGIE.

13. Arrachement du tendon du fléchisseur profond de l'index (Clinique chirurgicale, hôpital Saint-André; *Province médicale*, 11 juillet 1877).

14. Contribution à l'étude des abcès osseux consécutifs à l'ostéomyélite des adolescents (*Thèse de doctorat*, Paris, 1880).

15. Chondro-sarcome du testicule. Tumeur très volumineuse dans les ganglions mésentériques. Mort (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1881, et *Progrès médical*, Paris, 1881).

16. Sarcome à cellules géantes de l'extrémité supérieure du péroné. Amputation de la cuisse (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1881, et *Progrès médical*, Paris, 1881).

17. Varices hypogastriques, avec une planche (*Progrès médical*, Paris, 1881).

18. Anomalie du pied. Soudure des os du tarse et du métatarse (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1881, et *Progrès médical*, Paris, 1882).

19. Sarcome primitif des ganglions latéraux gauches du pharynx (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1881, et *Progrès médical*, Paris, 1882).

20. Carcinome du testicule à marche très rapide. Ablation (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1881 et *Progrès médical*, Paris, 1882).

21. De l'arthrite consécutive à la contusion, à l'entorse et à la luxation des articulations des doigts (*Revue de Chirurgie*, 1882).

22. Farcin chronique; amputation du bras (*Progrès médical*, Paris, 1882).

23. Sarcome de l'auriculaire droit (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1882, et *Progrès médical*, Paris, 1883).

24. Anomalie de l'artère humérale (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1882, et *Progrès médical*, Paris, 1883).

25. Anomalie dans le squelette de l'épaule droite. Ossification indépendante de l'acromion (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1882, et *Progrès médical*, Paris, 1883).

26. Note sur un cas d'ulcère farcineux chronique chez l'homme (*Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, Paris, 1883).

27. Carcinome kystique du testicule, d'origine épithéliale (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 5 février 1881) avec 3 figures originales.

28. Tumeur enkystée de la bourse séreuse de Fleischmann (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 8 mars 1884).

29. Kyste du corps thyroïde (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 22 avril 1884).

30. Traitement du cancer du rectum (Clinique chirurgicale recueillie par M. Médail, externe du service; *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 13 juillet 1884).

31. Sarcome globo-cellulaire périostique pulsatile de l'extrémité de l'humérus (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 20 juillet 1884).

32. Cancer du testicule, présentant à son centre un vaste foyer hémorragique (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 1er avril 1884).

33. Tumeur du testicule à la suite d'un traumatisme (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 5 février 1884).

34. De la gastrostomie dans les rétrécissements cancéreux de l'œsophage (*Revue de Chirurgie*, 1885, et *Congrès français de Chirurgie*, 1885).

35. Tumeur kystique du corps thyroïde. Thyroïdectomie (Procédé d'évidement de Kocher. Guérison. *Société de Chirurgie*, 3 juin 1885).

36. Contribution à l'étude du mal perforant plantaire en collaboration avec le professeur Boursier (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 20 septembre 1885, p. 386).

37. Du sarcome carcinomateux des os (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 21 juin 1885).

38. Des tumeurs qui se développent sur les organes fibreux (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1885, et *Progrès médical*, Paris, 1885).

39. Note sur un cas d'odontome embryoplastique développé aux dépens d'une dent surnuméraire (*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, Paris, 1885).

40. De la blessure du diaphragme dans l'opération de l'empyème (Mémoire présenté à la *Société de Chirurgie*, 16 avril 1885, et *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 3 octobre-13 octobre 1886).

41. De l'étiologie multiple du mal perforant plantaire (*Semaine médicale*, nº 48, 1886, p. 485).

42. Résection orthopédique du coude (*Congrès français de Chirurgie*, 1886).

43. Kyste de la fesse (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 25 mai 1886).

44. Nouvelle variété de kyste de la grande lèvre (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 28 mai 1886).

45. La pathologie des Européens à Hué (*Archives de Médecine et de Pharmacie militaire*, Paris, 1888).

46. Kyste hydatique du foie traité et guéri par les ponctions et l'incision de la poche après la formation d'adhérences (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 11 janvier 1889).

47. Hernie congénitale étranglée, cure radicale (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 24 avril 1889).

48. Carcinome de la peau et de la région sous-cutanée prémammaire (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 25 mai 1889).

49. Nouveau mode de rectopexie pour le prolapsus du rectum (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 1892, p. 25, avec 2 figures).

50. Arthrodèse pour la réduction d'une luxation pathologique de la hanche (*Société de Chirurgie*, 19 février 1890. Rapport fait par M. Kirmisson).

VIII. — LISTE DE PUBLICATIONS SUR L'OPHTALMOLOGIE.

1° Conjonctive.

51. Sarcome mélanique de la conjonctive (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 11 décembre 1883).

52. Sarcome mélanique de la conjonctive (*Journal de Médecine de Bordeaux* et *Revue d'Oculistique*, 4 avril 1884, p. 84).

53. Épithélioma de la conjonctive bulbaire (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 3 février 1890).

54. Épithélioma de la conjonctive propagé à la cornée (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 10 février 1890).

55. Injections sous-conjonctivales de sublimé dans un cas d'irido-choroïdite syphilitique rebelle (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 4 décembre 1891).

56. Note sur l'emploi d'une curette de Volkmann modifiée dans le traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse (*Recueil d'Ophtalmologie*, 1892, p. 47).

57. Deux cas d'épithélioma de la conjonctive bulbaire (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 15 février 1892).

58. Deux cas d'épithélioma de la conjonctive bulbaire (*Journal de Médecine de Bordeaux*, avril 1892, p. 173).

59. De l'épithélioma de la conjonctive bulbaire et en particulier du limbe scléro-cornéen (Communication faite à la *Société française d'Ophtalmologie*, session de mai 1892).

60. Des injections sous-conjonctivales de sublimé à $\frac{1}{1000}$ (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 13 mai 1892).

61. Traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse (*Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, octobre 1892).

62. Épithélioma de la conjonctive (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 5 décembre 1892).

63. Tumeurs du limbe cornéen (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 19 décembre 1892).

64. Des injections sous-conjonctivales de sublimé à $\frac{1}{1000}$ (*Archives cliniques de Bordeaux*, nº 12, décembre 1893).

65. Trois cas de tumeurs épithéliales épibulbaires (*Archives d'Ophtalmologie*, 1893, p. 747-762, avec 3 planches).

66. De l'épithélioma de la conjonctive bulbaire et de sa propagation dans le globe de l'œil [en collaboration avec M. Mazet] (*Archives d'Ophtalmologie*, décembre 1894, p. 768-780, avec 5 figures).

67. Traitement de l'ophtalmie purulente (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 4 décembre 1894).

68. Ophtalmie purulente (*Société de Médecine de Bordeaux*, 20 janvier 1895).

69. Un cas d'ophtalmie diphtéritique traitée par le sérum (*Journal de clinique et de thérapeutique infantiles*, 1895, nº 13, p. 245).

70. Léprome de la conjonctive bulbaire (*Congrès de Bordeaux*, 1895, et *Presse médicale*, 1895).

71. Tumeur épithéliale épibulbaire. Récidive et envahissement de la paupière (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 22 novembre 1897).

72. Tumeur épithéliale épibulbaire. Récidive et envahissement de la paupière supérieure (*Archives d'Ophtalmologie*, décembre 1897, avec 2 figures).

73. Ophtalmie diphtérique et sérothérapie (*Société de médecine de Bordeaux*, 15 janvier 1898).

74. Du papillome de la conjonctive [en collaboration avec M. Mazet] (*Annales d'Oculistique*, janvier 1898, p. 29 à 42, avec 2 figures).

75. Des résultats éloignés du brossage dans le traitement de l'ophtalmie granuleuse (*Bulletin médical*, 1900, nº 12, p. 129).

76. Tuberculose primitive de la conjonctive [en collaboration avec le Dr Cabannes] (*Archives d'Ophtalmologie*, juillet 1900, p. 353-358, avec 3 figures).

77. Lipomes et dermo-lipomes sous-conjonctivaux (*Archives d'Ophtalmologie*, 1900, p. 299, avec 6 figures).

78. Contribution à l'étude du catarrhe printanier (*Archives d'Ophtalmologie*, juin 1908, avec 1 planche).

2° Cornée et sclérotique.

79. Blépharospasme. Incrustation saturnine de la cornée (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 17 octobre 1890).

80. Kératite et paralysie du trijumeau (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 31 octobre 1890).

81. Deux observations de kératite interstitielle traitée par des injections sous-conjonctivales de sublimé (*Recueil d'Ophtalmologie*, 1892, p. 522).

82. Kératite plombique (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, novembre 1895, et *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*).

83. Rachitisme avec déformation très accusée du crâne. Staphylome de l'O. G. Amputation de l'hémisphère antérieur (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 11 février 1898).

84. Des tumeurs primitives de la cornée (*Archives d'Ophtalmologie*, avril 1899, p. 209-233, avec 2 planches).

85. Note sur un cas de papillome de la cornée (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 6 mars 1899).

86. De la rupture de la sclérotique dans les traumatismes de l'œil (*Bulletin médical*, p. 201-203, mars 1905, avec 4 figures).

87. Les variations de l'astigmie cornéenne avec l'âge (*Archives d'Ophtalmologie*, avril 1905).

88. De la pathogénie du kératocône. Sa théorie mécanique (*Archives d'Ophtalmologie*, 1909, p. 529-534).

89. De la guérison spontanée de l'astigmie hypermétropique (*Société française d'Ophtalmologie*, mai 1909, et *Archives d'Ophtalmologie*, 1909, p. 405).

90. Contribution à la pathogénie des ruptures de la choroïde (*Archives d'Ophtalmologie*, mai 1910).

3° Tractus uvéal.

Iris. Corps ciliaire. Choroïde.

91. Du myome du corps ciliaire (*Archives d'Ophtalmologie*, 1889, p. 484-493).

92. Note sur le pigment mélanique et son mode de préparation (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 8 décembre 1890).

93. Épithélioma des procès ciliaires (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 14 décembre 1891).

94. Pronostic et traitement des tumeurs malignes intra-oculaires (*Gazette des Hôpitaux*, 7-9 et 12 mai 1891, et *Société de Chirurgie*, 1891).

95. Ossification de la choroïde (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, novembre 1891).

96. Du leuco-sarcome de la choroïde (*Archives d'Ophtalmologie*, 1891, p. 502-523, avec 1 planche, et 1892, p. 1-32).

97. Ossification de la choroïde (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 11 avril 1892).

98. Carcinome primitif des procès et du corps ciliaires [en collaboration avec M. Badal] (*Archives d'Ophtalmologie*, 1892, p. 143-148, avec 2 planches).

99. Tuberculose du corps ciliaire (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 20 mars 1893).

100. Une observation de tuberculose primitive du corps ciliaire et de l'iris (*Archives d'Ophtalmologie*, 1895, p. 170-176, avec 1 planche).

101. Nouveau procédé de pupille artificielle par l'iritomie à ciel ouvert (*Annales d'Oculistique*, novembre 1895).

102. Du carcinome métastatique de la choroïde (*Archives d'Ophtalmologie*, janvier 1898, avec 4 figures).

103. Note sur l'examen anatomique de six cas de sarcome mélanique de la choroïde (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 28 mars 1898).

104. Étiologie, évolution et traitement de la tuberculose de l'iris (Communication faite à la *Société française d'Ophtalmologie*. Congrès de mai 1898, avec 2 planches dont l'une en couleur; *Archives*, 1898, p. 347).

105. Un cas de sarcome mélanique de la choroïde, en collaboration avec le Dr Flous (*Annales d'Oculistique*, août 1898, avec 2 figures).

106. Contribution à l'étude des kystes de l'iris (*Archives d'Ophtalmologie*, 1900, p. 272-284, avec 1 planche).

107. Lymphangio-sarcome de la choroïde (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 5 février 1901).

108. Incision de l'iris pour kératite centrale (*Société de Médecine de Bordeaux*, 6 décembre 1901).

109. Uvéite gonococcique et ophtalmie sympathique (*Société de Médecine de Bordeaux*, 9 mai 1902).

110. Iridectomie et iritomie (*Société de Médecine de Bordeaux*, 20 juin 1902).

111. Tuberculose de l'iris (*Société de Médecine de Bordeaux*, 20 juin 1902).

112. Tuberculose oculaire (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 4 janvier 1907).

113. Un cas de sarcome angioplastique de l'iris traité avec succès par l'iridectomie (*Archives d'Ophtalmologie*, févr er 1909, avec 3 figures).

4° Rétine.

114. Contribution à l'étude anatomique et clinique du gliome de la rétine (*Archives d'Ophtalmologie*, 1890, p. 385-101, avec 3 figures).

115. Étude comparative du sarcome de la choroïde et du gliome de la rétine (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 21 février 1890).

116. Décollement de la rétine d'origine infectieuse (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 28 mai 1897).

117. Quatre cas de guérison de gliome de la rétine (*Académie de Médecine*, 5 février 1901).

118. Gliome de la rétine (*Société de Médecine de Bordeaux*, 16 mai 1902).

5° Cristallin.

119. Luxation congénitale du cristallin.

120. Luxation du cristallin dans le corps vitré. Extraction. Retour complet

de la vision. Présentation de malade (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 juin 1895).

121. Myopie forte. Extraction du cristallin transparent (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, juillet 1896).

122. Cataracte nucléaire double, congénitale, traitée à droite par l'iridectomie; à gauche, par l'iritomie à ciel ouvert (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 17 décembre 1897).

123. Traitement de la myopie par l'extraction du cristallin transparent (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 24 décembre 1897).

124. Extraction du cristallin transparent (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 14 janvier 1898).

125. Cataracte nucléaire congénitale double; iritomie à ciel ouvert (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 6 mars 1899).

126. Extraction du cristallin transparent (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 25 mai 1900).

127. Extraction du cristallin transparent dans la myopie forte (*Académie de Médecine*, 7 juin 1904, et *Annales d'Oculistique*, t. CXXXII, 4 octobre 1904, p. 241).

128. Du lavage intra-oculaire dans l'opération de la cataracte en collaboration avec M. Aubaret (*Archives d'Ophtalmologie*, février 1905).

129. Du lavage intra-oculaire dans l'opération de la cataracte (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 6 juillet 1909).

130. Luxation sous-conjonctivale du cristallin en haut et en dedans; migration dans le cul-de-sac conjonctival en bas et en dehors (*Archives d'Ophtalmologie*, 1909, p. 753, 755, avec 1 figure).

6° Globe de l'œil.

131. Inoculation du cancer dans le corps vitré du lapin. Résultat négatif (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 10 novembre 1890).

132. De l'énucléation dans la panophtalmie (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 48, 1892, p. 533).

133. Valeur de l'exentération du globe oculaire au point de vue de la prothèse. Présentation de malade (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, juillet 1892).

134. Corps étranger de l'œil ayant séjourné pendant sept ans dans la région ciliaire sans entraîner de phénomènes sympathiques (*Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, novembre 1894, p. 261).

135. Contribution à l'étude des affections métastatiques de l'œil d'origine non microbienne (Communication faite à la *Société française d'Ophtalmologie*, session de mai 1896, avec 1 planche).

136. Le rôle de l'auto-infection dans les maladies oculaires (Réponse au Rapport de M. le Professeur Panas, *Société française d'Ophtalmologie*, Congrès de mai 1897).

137. Des effets à longue échéance de la résection expérimentale du ganglion cervical supérieur sur la tension oculaire [en collaboration avec M. Pachon] (*XIIIe Congrès international de Médecine*).

138. Panophtalmie jugulée par une injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 14 juin 1897).

139. Des hémorragies intra-oculaires. Classification nouvelle de ces hémorragies (*Bulletin médical*, décembre 1898, p. 1171).

140. De l'ossification dans l'œil (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 10 avril 1899).

141. Amputation du segment antérieur de l'œil. Nouveau procédé de suture en bourse et de capitonnage musculaire (*Société de Médecine de Bordeaux*, 10 janvier 1902).

142. Un cas de panophtalmie à pneumocoques (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 17 février 1902).

143. De l'amputation du segment antérieur de l'œil avec suture en bourse et capitonnage musculaire (*Annales d'Oculistique*, février 1902).

144. Corps étranger de l'œil (*Société de Médecine de Bordeaux*, 7 juin 1902).

145. Résection du ganglion cervical supérieur du sympathique dans le glaucome (*Académie de Médecine*, 5 mai 1903).

146. Syphilis congénitale de l'œil [en collaboration avec le D[r] Aubaret] (*Archives d'Ophtalmologie*, août 1904, p. 510).

147. Traitement du glaucome par l'iridosclérectomie (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 9 juin 1905).

148. Traitement du glaucome par l'iridosclérectomie (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 16 juin 1905).

149. Iridosclérectomie (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 16 juin 1905).

150. Traitement du glaucome chronique. Description d'un nouveau procédé (*Congrès de Chirurgie*, octobre 1905, p. 1165).

151. Traitement du glaucome chronique par l'établissement d'une cicatrice filtrante. Description d'un procédé nouveau (*Société française d'Ophtalmologie*, mai 1906).

152. Iridectomie et sclérectomie combinées dans le traitement du glaucome chronique. Procédé nouveau pour l'établissement de la cicatrice filtrante (*Archives d'Ophtalmologie*, août 1906, p. 481).

153. Traitement des tumeurs malignes intra-oculaires (*Association française de Chirurgie*, 16 octobre 1906).

154. Tuberculose de l'œil (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 4 janvier 1907).

155. Nouveau traitement du glaucome chronique simple. Iridectomie et sclérectomie combinées (*Académie de Médecine*, 8 janvier 1907, et *Annales d'Oculistique*, t. CXXXVII, février 1907, p. 89).

156. Traitement du glaucome chronique par l'iridectomie et la sclérectomie combinées (*Société française d'Ophtalmologie*, mai 1907).

157. Traitement du glaucome chronique par l'iridectomie et la sclérectomie combinées (*Archives d'Ophtalmologie*, juillet 1907).

158. Traitement de la tuberculose oculaire (*Société française d'Ophtalmologie*, mai 1908).

159. De la sclérectomie simple dans le glaucome chronique simple (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 7 juillet 1908).

160. De la sclérecto-iridectomie dans le glaucome (*Journal de Médecine de Bordeaux*, nº 27, 5 juillet 1908).

161. Sclérecto-iridectomie et cicatrice filtrante dans la cure du glaucome chronique (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 14 janvier 1908, et *Journal de Médecine de Bordeaux*, 5 juillet 1908).

162. De la sclérectomie simple dans le glaucome chronique simple (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, juillet 1908).

163. De la sclérectomie simple dans le glaucome chronique (*Archives d'Ophtalmologie*, août 1908).

164. De la valeur de la sclérectomie dans le traitement du glaucome chronique (*Archives d'Ophtalmologie*, novembre 1908, p. 674-677).

165. De la fistulisation de l'œil. Démonstration anatomique et expérimentale de cette fistulisation par la sclérectomie dans la région du canal de Schlemm (*Archives d'Ophtalmologie*, mars 1909).

166. Traitement du glaucome chronique (Rapport présenté au *Congrès international de Budapest*, août 1909).

167. Sclérectomie et glaucome (*Société de Médecine de Bordeaux*, 29 octobre 1909).

168. Démonstrations de préparations histologiques montrant la fistulisation de l'œil après la sclérectomie (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 6 juillet 1909).

7° Muscles de l'œil.

169. Ophtalmoplégie nucléaire (*Annales de la Policlinique de Bordeaux*, n° 5, 1890).

170. Contribution à l'étude de l'ophtalmoplégie. Ophtalmoplégie nucléaire double, affectant uniquement les muscles extrinsèques (*Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, janvier 1892).

171. Paralysie congénitale du droit externe de l'œil gauche (*Annales de Polyclinique de Bordeaux*, n° 5, 1893, p. 15).

172. Paralysie du droit externe consécutive à une fracture du rocher (*Société d'Ophtalmologie de Bordeaux*, 19 décembre 1893, et *Archives cliniques de Bordeaux*, mai 1894).

173. Dix cas de strabisme monolatéral excessif redressé par le reculement et l'avancement musculaire (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 25 mai 1894).

174. Strabisme monolatéral excessif redressé par le reculement et l'avancement musculaire. Amblyopie très forte de l'œil opéré. Amélioration après l'opération. Présentation de malade (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 8 juin 1894).

175. Traitement du strabisme. Nouveau procédé pour l'examen et le contrôle de la vision binoculaire (*Société de Médecine de Bordeaux*, 30 juin 1899).

176. Exercices stéréoscopiques dans la cure du strabisme. Valeur de l'avancement capsulaire dans l'insuffisance de convergence (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 11 mai 1900).

177. Deux cas de strabisme guéris avec prompt retour de la vision binoculaire (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 30 novembre 1900).

178. Ophtalmoplégie congénitale (*Société française d Ophtalmologie*, Congrès de 1901,)

179. Paralysie double des droits externes, d'origine saturnine (*Société de Médecine de Bordeaux*, octobre 1901).

180. Paralysie du muscle droit supérieur de l'œil gauche et de l'élévateur de la paupière (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 13 février 1903).

181. Paralysie hystérique du droit externe et du petit oblique de l'œil gauche (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 13 février 1903).

182. Paralysie congénitale du droit externe de l'œil gauche (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 16 octobre 1903).

183. De l'étiologie du strabisme [en collaboration avec le Dr Moreau] (*Archives d'Ophtalmologie*, avril 1907, p. 209).

184. De l'amblyopie strabique, sa cause dans le défaut d'usage, sa guérison par l'exercice (*Académie de Médecine*. 1912).

8° Nerfs de l'œil.

185. L'arrachement du nerf nasal externe dans les douleurs ciliaires et la névralgie du trijumeau (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 30, 27 juillet 1884, p. 361-372).

186. L'opération de Badal (*Archives d'Ophtalmologie*, janvier-février, mars-avril 1886).

187. Arrachement du nerf nasal externe dans un cas de douleurs ciliaires très aiguës avec enclavement de l'iris. Disparition complète des douleurs. Présentation de malade (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, novembre 1891).

188. Arrachement du nerf nasal externe dans un cas de glaucome aigu (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1892, p. 54).

189. Note anatomo-pathologique sur un cas de myxosarcome du nerf optique (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 25 janvier 1892).

190. De la conservation du globe de l'œil dans l'extirpation des tumeurs du nerf optique. Description d'un procédé nouveau (*Congrès français de Chirurgie*, 18 au 23 avril 1892).

191. Un cas de myxosarcome des gaines du nerf optique (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 8 janvier 1894).

192. Glaucome aigu. Résection du ganglion cervical supérieur (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 23 janvier 1903).

193. Double névrite rétro-bulbaire d'origine syphilitique. Perte presque complète de la vision. Guérison par un traitement mixte (*Archives d'Ophtalmologie*, février 1910, p. 102-107).

9° Orbite.

194. Du phlegmon de l'orbite (Clinique chirurgicale, recueillie par M. Jules Ferrier, interne de service; *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, n° 38, 21 septembre 1884, p. 45).

195. Fibro-sarcome kystique du fond de l'orbite. Extirpation avec conservation de l'œil (*Archives d'Ophtalmologie*, 1891, p. 197, avec 2 figures).

196. Un cas de carcinome péri-bulbaire (*Recueil d'Ophtalmologie*, 1891, p. 705).

197. Tumeur mélanique de l'orbite. Caractères différentiels des tumeurs mélaniques (Communication faite à la *Société française d'Ophtalmologie*, session de mai 1893).

198. Ténonite séreuse de l'œil gauche d'origine rhumatismale. Guérison (*Archives d'Ophtalmologie*, septembre 1893).

199. Empyème du sinus frontal consécutif à l'influenza et spontanément ouvert au niveau du grand angle de l'œil. Présentation de malade (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1er février 1895).

200. Tumeur congénitale embryonnaire à tissus multiples (nerveux et conjonctif de l'orbite) (*Archives d'Ophtalmologie*, 1895, p. 15, avec 3 figures).

201. Un cas de sarcome embryonnaire de l'orbite chez un enfant (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 10 octobre 1896).

202. Tumeur du frontal (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 12 avril 1897).

203. Un cas de syphilis maligne; périostite aiguë du sommet de l'orbite (*Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, 1898).

204. Corps étranger de l'orbite. Radiographie (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 10 février 1899).

205. Hydropisie enkystée de la bourse de Tenon (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 6 février 1900).

206. Contribution à l'étude des kystes dermoïdes de l'orbite (*Annales d'Oculistique*, mai 1900, et *Société de Chirurgie*, février 1900).

207. De l'ostéome de l'orbite (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1er juin 1900).

208. Hétéroplastie orbitaire par greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Tenon (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 23 novembre 1900).

209. Hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Tenon (*Annales d'Oculistique*, mars 1901).

210. Greffe d'un œil de lapin (*Société de Médecine de Bordeaux*, 8 novembre 1901).

211. Exophtalmie pulsatile consécutive à un anévrisme cirsoïde de l'orbite et de la paupière (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 7 mars 1902).

212. De l'angiome caverneux de l'orbite (*Archives d'Ophtalmologie*, 1903).

213. Diagnostic et traitement des tumeurs de l'orbite (Rapport présenté à la *Société française d'Ophtalmologie*, 4 mai 1903).

214. Kyste congénital de l'orbite avec microphtalmie (angiome kystique) (*XVIe Congrès international de Médecine de Madrid*, et *Archives d'Ophtalmologie hisp.-amér.*, mai 1903).

215. Kyste hydatique rétro-bulbaire extirpé avec conservation de l'œil (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 4 mars 1904).

216. Greffe oculaire (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1er juillet 1904).

217. De l'amélioration de la prothèse oculaire par la greffe de l'œil de lapin (*Société française d'Ophtalmologie*, mai 1905).

218. De l'amélioration de la prothèse oculaire par la greffe de l'œil de lapin (*Archives d'Ophtalmologie*, juillet 1905, p. 421-432).

219. Exentération sous-conjonctivale de l'orbite (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 12 octobre 1906).

220. Tumeur mélanique de l'orbite. Opération de Kronlein. (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 1er mars 1907).

221. Intervention chirurgicale dans les tumeurs malignes de l'œil (*Association française de Chirurgie*, octobre 1907).

222. Tumeur de l'orbite enlevée par l'opération de Kronlein, en collaboration avec le docteur AUBARET (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 7 février 1908).

223. Double ostéome de l'orbite développé dans les cellules ethmoïdales et dans le sinus maxillaire (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 16 avril 1909).

224. De l'hétéroplastie orbitaire (greffe de l'œil de lapin) dans le but d'améliorer la prothèse (*Académie de Médecine*, 6 juillet 1909, et *Bulletin médical*, juillet 1909).

10° Voies lacrymales.

225. Traitement des affections des voies lacrymales (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 20 septembre et 1er novembre 1891).

226. De l'action de l'électrolyse sur les cultures de staphylocoques et de streptocoques (*Recueil d'Ophtalmologie*, 1893, p. 606).

227. Influence de l'électrolyse sur les microbes (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 10 juillet 1893).

228. Des avantages et des inconvénients de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales (Communication faite au *XIe Congrès international de Rome*, mars-avril 1894).

229. De l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales (*Archives cliniques de Bordeaux*, septembre 1895).

230. Valeur clinique de l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1896, p. 121).

231. Un cas de dacryops (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 15 novembre 1897).

232. Dacryoadénite rhumatismale (*Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, septembre 1899).

233. Dacryoadénite périodique et menstruelle. Présentation de malade (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 29 décembre 1899).

234. Sur les kystes des glandes lacrymales (*Archives cliniques de Bordeaux*, 1899, avec figure).

235. Technique de l'électrolyse des voies lacrymales (*Annales d'Oculistique*, décembre 1900).

236. Actinomycose des voies lacrymales (*Archives d'Ophtalmologie hisp.-améric.*, mars 1905).

237. A propos de la cure des dacryocystites par la création d'une communication du sac avec le méat moyen [en collaboration avec le Dr AUBARET] (*Société française d'Ophtalmologie*, mai 1907, et *Annales d'Oculistique*, t. CXXXVIII, septembre 1907, p. 161).

11° Paupières.

238. Anatomie pathologique du chalazion (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 17 août 1884).

239. Anatomie pathologique et pathogénie du chalazion (*Archives d'Ophtalmologie*, mai-juin 1889, p. 226-242, avec 5 figures originales dans le texte).

240. Traumatisme de la paupière. Blépharospasme (*Société de Médecine de Bordeaux*, 20 juin 1890).

241. Ectropion et Blépharoplastie (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 21 novembre 1890).

242. Transformation d'un caillot sanguin en sarcome mélanique (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 26 janvier 1891).

243. Du sarcome mélanique des paupières (Mémoire présenté à la *Société française d'Ophtalmologie*, 5 mai 1891).

244. Chancre palpébral (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 30 juin 1891).

245. Blépharoplastie (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 10 novembre 1891).

246. Corne de la paupière inférieure (*Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux*, 25 juillet 1892).

247. Blépharospasme à droite; strabisme à gauche; arrachement du nerf nasal et strabotomie. Guérison (*Archives cliniques de Bordeaux*, octobre 1892).

248. Note sur un cas de corne palpébrale; nouvelle théorie sur le développement des cornes (*Annales d'Oculistique*, décembre 1892, p. 403-407, avec 2 figures originales).

249. Tumeurs malignes de la paupière (*Société de Chirurgie de Paris*, mai 1901).

250. Tumeur érectile de la paupière; guérison par électrolyse [en collaboration avec le Dr Dededat] (*Société d'Anatomie de Bordeaux*, 23 décembre 1901).

251. Blépharoplastie (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 23 octobre 1903).

252. Blépharoplastie par la méthode italienne modifiée (*Revue de Chirurgie*, 10 décembre 1905).

253. Contribution à l'étude clinique des affections oculaires dans le diabète sucré (*Archives d'Ophtalmologie*, 1887, p. 65-83).

12° Varia.

254. De la désinfection du sac conjonctival (*Annales de la Polyclinique de Bordeaux*, nº 1892).

255. Accident dû à la cocaïne (*Gazette des Sciences médicales de Bordeaux*, 1893, nº 19, p. 227).

256. Diplopie monoculaire chez les hystériques (*Société de Médecine de Bordeaux*, nº 50, 1894, p. 562, et *Recueil d'Ophtalmologie*, janvier 1895).

257. De l'égalité des images rétiniennes dans l'amétropie axile corrigée et dans l'emmétropie (*Annales d'Oculistique*, février 1894).

258. Pulvérisateur à vapeur (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 15 mars 1895).

259. De l'examen fonctionnel de l'œil et de l'étude des vices de réfraction dans leurs rapports avec la médecine générale (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, nos 24 et 25, 1898).

260. Action comparative de l'holocaïne et de la cocaïne en Ophtalmologie [en collaboration avec le Dr Cosse] (*Recueil d'Ophtalmologie*, 1898).

261. Note sur l'emploi de l'extrait de corps ciliaire et de corps vitré dans la thérapeutique ophtalmologique (*La clinique ophtalmologique*, 25 août 1898).

262. Appareil pour modifier la température de l'œil (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 2 décembre 1898, avec 1 figure dans le texte).

263. Injections hypodermiques de solutions huileuses hydrargyriques gaïacolées (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, 3 mars 1899).

264. Des spasmes toniques du muscle ciliaire et de la valeur de la skiascopie dans l'œil atropinisé chez les enfants (Communication faite à la *Société française d'Ophtalmologie*, session de mai 1899).

265. Des vices de réfraction et de l'acuité visuelle envisagés au point de vue du recrutement de l'armée (*Bulletin médical*, nº 99, 1899, p. 1125).

266. Des complications subaiguës et tardives après l'opération de la cataracte (*Archives d'Ophtalmologie*, 1911).

IX. — IDÉES ORIGINALES DE L'AUTEUR ET PROGRÈS SCIENTIFIQUES RÉALISÉS. RÉSULTATS DE SES TRAVAUX EN CE QUI CONCERNE LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS OCULAIRES.

1° Valeur thérapeutique de l'élongation des nerfs.

Mémoire couronné par la Société de Chirurgie (Prix Laborie), 222 pages, 1885.

Ce travail renferme une étude historique et critique complète de la question; il contient 85 observations inédites d'élongation des nerfs de la face, notamment du nerf nasal, et des expériences faites dans le laboratoire de M. le professeur Duplay, à cette époque professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris. Ces expériences nous ont servi à préciser le mode d'action spécial de l'élongation et à montrer :

1° Que l'élongation produit au point élongé des altérations analogues à celles de la compression, de l'écrasement;

2° Qu'à ces lésions du nerf s'ajoute un retentissement plus ou moins marqué sur la moelle;

3° Que par ce retentissement sur les centres doit s'expliquer l'action spéciale de l'élongation sur les nerfs sensitifs.

En définitive, nous avons démontré que l'élongation agit sur les cordons sensitifs en créant des troubles circulatoires, nutritifs, inflammatoires dans la moelle, et que c'est le mode d'action propre à cette méthode thérapeutique.

On trouve dans ce travail un chapitre très complet sur les accidents et dangers de l'élongation des nerfs.

2° Traité des tumeurs de l'œil, de l'orbite et des annexes.

Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Prix Laborie (1905).
(Deux volumes, chacun de 880 pages. Steinheil, éditeur; Paris, 1901-1904.)

L'analyse détaillée de cet Ouvrage de longue haleine nous entraînerait trop loin; il renferme, outre les notions classiques, un grand nombre de faits nouveaux et de théories personnelles.

Nous nous contenterons de passer succinctement en revue ces données originales dans l'ordre même où elles ont été développées dans les deux volumes de ce Traité.

1° Dans l'étude des lipomes sous-conjonctivaux (t. I, p. 60 à 80), l'auteur démontre que les lipomes sous-conjonctivaux purs existent et que, dans cette affection, il faut faire deux parts inégales, l'une plus petite aux lipomes purs, l'autre plus grande aux dermolipomes.

2° Au sujet des tumeurs épibulbaires, il est établi que ces tumeurs peuvent devenir intra-bulbaires et envahissent l'œil au niveau du limbe scléro-cornéen. Cette opinion originale, *maintenant d'ailleurs acceptée par tous, est développée longuement à l'aide de figures originales* (t. I, *fig.* 38, 39, 40, 41, 42); elle a une véritable importance chirurgicale, car elle établit la nécessité de faire une extirpation très complète des tumeurs épibulbaires et d'aller quelquefois jusqu'à l'énucléation du globe.

3° Au sujet des tumeurs de l'iris, l'auteur démontre, pour la première fois, l'existence du kyste dermoïde congénital de l'iris (t. I, p. 261, *fig.* 3 et 4, *Pl. IV*).

4° Dans les tumeurs du corps ciliaire, nous trouvons l'étude détaillée du myome à fibres lisses du corps ciliaire, variété de tumeur contestée encore par beaucoup d'auteurs (t. I, p. 290).

5° Dans l'histoire des tumeurs mélaniques vient une étude très attentive de la pigmentation, aboutissant à cette conclusion originale qu'il existe dans l'œil deux espèces de pigments très différents dans leur pronostic : un pigment d'origine choroïdienne et un pigment d'origine hématique. Les tumeurs méla-

niques, vraiment graves, seraient celles dont le pigment est choroïdien (t. I, p. 328 à 341, *fig.* 89 à 98).

6° Étude originale, la seule qui existe, du lymphangio-sarcome de la choroïde (t. I, p. 459, *Pl. X*).

7° Dans l'étude des leuco-sarcomes de la choroïde nous remarquons une démonstration absolument personnelle de la confusion faite, chez les enfants, entre le gliome de la rétine et le leucosarcome de la choroïde; de nombreux faits originaux servent à cette démonstration et indiquent bien la gravité spéciale, les caractères histologiques différentiels de ce leuco-sarcome de la choroïde (t. I, p. 453 et suiv.).

8° Au sujet du gliome de la rétine, l'auteur défend cette opinion qu'il a émise depuis plus de vingt ans, à savoir que le gliome rétinien est assez souvent une tumeur bénigne, et il explique cette bénignité par l'existence de deux espèces de gliomes (p. 625, *Nature du gliome*), gliome dérivé du tissu nerveux, gliome dérivé des éléments mésodermiques de la rétine, vaisseaux et gaines périvasculaires.

Le gliome dérivé du tissu nerveux est beauccup moins grave que l'autre; c'est même une tumeur assez bénigne, comme d'ailleurs le gliome du cerveau et de la moelle. En 1890 déjà, *contrairement à l'opinion de tous les auteurs*, nous démontrâmes que le gliome rétinien guérissait souvent. Notre opinion a fait depuis beaucoup de chemin. A l'appui de cette manière de voir, citons encore en particulier dans l'ouvrage actuel une étude sur la régression du gliome (t. I, p. 710, *fig.* 172).

9° Plus loin, nous avons démontré *pour la première fois* l'existence de l'épithélioma et du carcinome primitif du corps ciliaire (t. I, p. 728 et suiv., *Pl. XIII*).

Cette opinion, acceptée par tous les auteurs, est maintenant devenue classique. L'existence du carcinome dans le corps ciliaire montre que la glande de l'humeur aqueuse se comporte comme toutes les autres glandes, et ce fait a une grande importance au point de vue de la physiologie.

10° Plus loin nous trouvons des recherches expérimentales sur la tuberculose oeulaire obtenue par l'injection dans la carotide

d'une culture de bacilles de Koch (t. I, *Pl. XV*, et *fig.* 190, p. 805).

L'auteur montre en outre la résistance qu'oppose le muscle ciliaire à la propagation de la tuberculose (t. I, *Pl. XVI*).

11° Plus loin, nous faisons la démonstration de l'existence d'une ophtalmie métastatique (pseudo-gliome) par des toxines envahissant l'œil (t. I, p. 840, *Pl. XIII*, obs. p. 844).

Cette opinion originale, qui paraît d'abord inacceptable, est maintenant sur le point d'être admise par tous. La théorie, défendue par nous, en 1897, est celle-là même que défend maintenant Poncet (de Lyon), au sujet du rhumatisme tuberculeux.

Dans le Tome II du Traité, nous étudions les tumeurs de l'orbite et de ses annexes et là encore nous exposons un grand nombre d'idées personnelles et de procédés opératoires nouveaux.

Nous citerons en particulier :

12° La démonstration de l'existence d'une troisième variété de kyste congénital de l'orbite, angiome kystique. Les deux autres variétés connues depuis longtemps étant le kyste par inclusion des voies lacrymales et le kyste colobomateux (t. II, p. 110 et 122).

13° Une étude des kystes séreux qui se forment autour des néoplasmes de l'orbite.

14° Une démonstration originale et personnelle basée sur un grand nombre d'examens anatomiques de la façon dont les tumeurs sortent de l'œil pour gagner l'orbite (t. II, p. 361, *fig.* 71 à 86).

Cette démonstration aboutit à une *très importante conséquence chirurgicale*, à savoir qu'il faut exentérer l'orbite, quand le néoplasme est dans l'œil à la phase glaucomateuse, et ne pas se contenter, comme le font tous les praticiens, de l'énucléation dans la capsule de Tenon.

15° Au sujet des tumeurs mélaniques de l'orbite, nous émettons l'hypothèse qu'il en existe une variété relativement bénigne : c'est celle qui résulte de la transformation des éléments sanguins en pigment; l'autre variété formée de pigment autochtone est de beaucoup plus grave.

16° Le diagnostic des tumeurs de l'orbite est divisé en deux paragraphes : exophtalmie sans tumeur apparente, exophtalmie avec tumeur apparente. Nous ne croyons pas qu'il puisse exister

une tumeur orbitaire rétro-bulbaire sans exophtalmie. Nous étudions avec attention toutes les variétés de néoplasmes et faisons leur diagnostic différentiel; l'étude clinique de chacun de ces néoplasmes a d'ailleurs été faite complètement dans le Chapitre qui leur a été consacré.

17° Dans le Chapitre du traitement, qui ne contient pas moins de 80 pages, nous décrivons longuement notre procédé personnel pour l'ablation des tumeurs du nerf optique (t. II, p. 506, *fig.* 112, 113, 114, 115, 116), une modification personnelle de l'opération de Kronlein (t. II, p. 524, *fig.* 125) et enfin des procédés personnels pour l'exentération sous-périostée et l'exentération sous-conjonctivale de l'orbite (t. II, *fig.* 134, 135, 136 et 137).

18° Dans le Chapitre consacré aux tumeurs des paupières, nous faisons la démonstration de ce fait que le carcinome des paupières n'est qu'un épithélioma de la conjonctive (p. 574 et suiv.).

Nous pourrions encore citer une étude histologique du chalazion et une théorie nouvelle sur la formation des cornes palpébrales.

Enfin, nous devons, en terminant, appeler l'attention sur un très grand nombre de figures inédites, dans le texte et hors texte, qui illustrent cet Ouvrage.

3° Note sur l'emploi d'une curette de Volkmann modifiée dans le traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse.

Recueil d'Ophtalmologie, 1892, p. 47.

Dans ce travail, nous démontrons que les scarifications de la conjonctive avant le brossage sont souvent insuffisantes; entre les incisions, la muqueuse n'est pas entamée; au niveau des culs-de-sac, elle reste intacte.

Le raclage à la curette est supérieur au brossage; le moindre corps papillaire surélevé est ainsi décapité et, à plus forte raison, les véritables granulations; mais cela encore ne paraît pas suffire; il faut agir même sur la muqueuse lisse et la modifier sans la détruire, sans l'enlever, car la muqueuse ne se reforme pas, et

son remplacement par un tissu cicatriciel doit être évité soigneusement.

L'instrument que nous avons imaginé repose sur ce principe, que le sac conjonctival doit être partout gratté, aussi bien sur la conjonctive bulbaire que sur la conjonctive palpébrale. Dans les parties mêmes de la conjonctive en apparence saines, le dos de l'instrument est promené à plusieurs reprises, jusqu'au moment où le derme muqueux est bien mis à nu, bien ouvert. La convexité de cet instrument court aisément dans les profondeurs des angles externes et internes, dans le fond du cul-de-sac; en très peu de temps, la cavité conjonctivale complètement cruentée est prête pour le brossage.

En somme, notre instrument est une curette de Volkmann sur le dos de laquelle nous avons ajouté une herse.

LAGRANGE. — Herse-curette pour le traitement de l'ophtalmie granuleuse (*Journal de Médecine de Bordeaux*, nº 37, 1893).

4° Nouveau procédé de pupille artificielle par l'iritomie à ciel ouvert.

Annales d'Oculistique, novembre 1895.

Dans ce travail nous avons décrit, comme nous étant personnel, un procédé que nous avions cru imaginer et pratiquer, par conséquent, pour la première fois, mais qui en réalité avait déjà été utilisé sous le nom d'*iritomia ab externo* par le professeur de Vincentiis (de Naples).

Ce procédé consiste à pratiquer l'iritomie, dans le cas où l'appareil cristallinien est intact, de la façon suivante :

1° Une incision de la cornée siégeant un peu en avant du limbe et assez large pour permettre facilement le passage d'une partie de l'iris; 2° à l'aide d'une pince à iridectomie, l'iris est doucement attiré hors de la plaie; 3° la pince-ciseaux incise le sphincter dans une étendue un peu variable selon les cas, 2^{mm} environ; 4° après cette incision, l'iris est replacé dans la chambre antérieure, où il

est facilement maintenu, grâce à l'instillation préalable d'ésérine.

Nous avions fait, au moment de la publication de ce travail, quatre fois seulement cette petite opération, que nous avons pratiquée depuis bien souvent; elle est vraiment très utile dans les cas de cataracte polaire. Il nous paraît juste d'attribuer la paternité de ce procédé à de Vincentiis; mais nous croyons devoir faire remarquer que nous l'avons inventé une seconde fois, puisque, ainsi qu'il est ressorti de la lettre ouverte que nous avons, à ce sujet, écrite à de Vincentiis, et de sa réclamation de priorité, son opération, publiée en résumé dans un court compte rendu d'une société italienne, n'était pas encore connue en France en 1895.

5° Carcinome primitif des procès et du corps ciliaires.

(En collaboration avec M. Badal.)

Archives d'Ophtalmologie, 1892, p. 143-148.

Il s'agit d'un épithélioma cylindrique primitif du corps ciliaire. — Un enfant de 5 ans eut des troubles visuels de l'œil gauche, puis peu à peu cet œil commença à grossir; à l'âge de 8 ans, les milieux devinrent inéclairables. On voyait en haut un staphylome intercalaire au-dessous duquel apparaissaient des masses noirâtres, d'aspect néoplasique. L'œil est dur, peu douloureux; on pratiqua l'énucléation.

On trouve au niveau des procès deux petits noyaux blancs séparés par un sillon. Les tumeurs sont constituées par des formations tubulaires remplies d'épithélium cylindrique formant plusieurs couches; ces cellules, comme dans tous les épithéliomes, sont devenues atypiques. Par places, on a l'aspect d'un carcinome encéphaloïde. Le point de départ a été l'épithélium de revêtement de la *pars ciliaris retinæ*.

Ce néoplasme et l'étude que nous en avons faite ont été longuement commentés par beaucoup d'auteurs, notamment anglais et allemands. *On trouvera, dans notre* Traité des tumeurs de l'œil, *tous les détails utiles à connaître; qu'il nous suffise de dire ici que*

les idées que nous avons émises sur ce point de la pathologie oculaire sont maintenent devenues incontestables et classiques.

6° Du lavage intra-oculaire dans l'opération de la cataracte.

Archives d'Ophtalmologie, février 1905.

On utilise pour cela la seringue à injection et à aspiration simultanées d'Aubaret, et une solution d'humeur aqueuse artificielle (1000g d'eau, 6g,890 Na Cl, 0g,113 calcium, 0g,221 de sulfate de potasse). Ce lavage a l'avantage de respecter beaucoup plus l'intégrité de la cornée que le massage. Les injections seront indispensables dans les cas de cataractes intumescentes avec hypotonic, dans les cas de cataractes molles, traumatiques (15 pour 100); dans les cas de cataractes laiteuses des enfants, dans les cataractes provoquées dans le traitement de la myopie forte. Elles seront inutiles dans les phakoscléroses, contre-indiquées chez les malades indociles ou dans les cas d'hypertonie exagérée.

(*Dans ce travail nous préconisons pour la première fois l'humeur aqueuse artificielle pour le lavage intra-oculaire.*)

7° Les variations de l'astigmie cornéenne avec l'âge.

Archives d'Ophtalmologie, avril 1905.

Ayant examiné avec soin 75 sujets à plusieurs reprises, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° L'astigmatisme des hypermétropes, pendant la croissance du sujet, a une tendance marquée à la diminution, et d'autant plus que ce dernier n'a pas porté de verres correcteurs;

2° L'astigmie des myopes a une légère tendance à l'augmentation.

Dans le cas d'astigmie hypermétropique, cette diminution serait due à l'augmentation de convexité du méridien horizontal; et

cette augmentation de convexité serait elle-même la résultante de contractions partielles du muscle ciliaire.

8° De la guérison spontanée de l'astigmie hypermétropique.

Société française d'Ophtalmologie, mai 1909, et Archives d'Ophtalmologie, 1909, p. 405.

L'astigmie directe hypermétropique se transforme avec l'âge en astigmie inverse. Cette modification de la forme de la cornée se produit exclusivement chez les sujets qui ne corrigent pas leur vice de réfraction. L'usage des verres correcteurs les dispense des efforts d'accommodation dont se sert la nature pour conduire le malade à la guérison spontanée. Il ne faut donc corriger qu'avec circonspection l'astigmie des jeunes hypermétropes, lorsque celle-ci s'accompagnera de troubles et de complications évidentes, et encore avec parcimonie, pour permettre les efforts d'accommodation qui conduisent à l'amélioration ou à la guérison spontanée de l'astigmie.

9° De la pathogénie du kératocône. Sa théorie mécanique.

Archives d'Ophtalmologie, 1909, p. 529-534.

La cause du kératocône est dans un affaiblissement total de la membrane, mal nourrie ou mal venue, dans une dystrophie constitutionnelle, congénitale ou acquise, mettant la cornée en état de moindre résistance et l'obligeant à changer sa courbure pour mieux supporter la pression intra-oculaire.

En utilisant la formule de Laplace : $P = T\left(\frac{1}{R} + \frac{1}{R}\right)$ on arrive à démontrer que le rayon de courbure de la cornée doit devenir très court au centre pour pouvoir supporter aisément la pression normale intra-oculaire.

La formation conique, c'est-à-dire l'augmentation de la convexité, est, à ce niveau, la conséquence directe de l'amincissement

physiologique de la cornée, qui, lorsqu'elle est mal nourrie, perd sa résistance normale, surtout au centre.

L'œil devient conique parce que la cornée, plus affaiblie au centre qu'ailleurs, a besoin d'avoir un rayon de courbure très court pour résister à la pression intra-oculaire.

10° Traitement du strabisme. Nouveau procédé pour l'examen et le contrôle de la vision binoculaire.

Société de Médecine de Bordeaux, 30 juin 1899.

Dans ce Mémoire, nous étudions les diverses indications du traitement du strabisme et nous faisons connaître un procédé nouveau pour l'examen et le contrôle de la vision binoculaire.

Ce procédé, que nous appelons *procédé de la bande de fusion*, est le suivant :

Sur le mur de notre salle de consultation nous avons fait peindre une large bande noire, laquelle porte des divisions représentant les tangentes d'angles de 5° en 5°, dont le sommet serait situé à 2^{m} en face du milieu de la bande où est le numéro 0. Cette bande murale est analogue, d'ailleurs, aux rubans de Landolt pour la mesure de la diplopie. On peut graduer simplement cette bande de la façon suivante : un périmètre étant placé à 2^{m} du mur, l'arc dirigé dans le sens horizontal, on fixe à son centre l'extrémité d'une corde que l'on tend jusqu'à la bande à graduer. Au point de contact de la corde et de la bande, on mettra la division de l'arc périmétrique située en regard de la corde. Il suffit de faire cette graduation de 5° en 5°.

Voici maintenant comment on se sert de cette bande murale :

Le sujet étant placé à 2^{m} en face le 0, c'est-à-dire de façon qu'il occupe le sommet des angles dont les tangentes sont indiquées sur la bande murale, nous l'invitons à couvrir un de ses yeux d'un verre rouge et nous lui montrons une bougie allumée que nous tenons en face le 0. S'il ne voit qu'une bougie rose, c'est qu'il fusionne pour la ligne médiane. Lui faisant tenir la tête immo-

bile par un aide, nous l'invitons à suivre des yeux la bougie que nous déplaçons en face de la bande. Tant qu'il fusionnera, il verra cette bougie rose. Dès qu'il ne fusionnera plus, cette bougie changera de couleur. Elle deviendra blanche ou rouge, selon le eas : blanehe quand elle sera vue seulement avec l'œil découvert, rouge quand elle sera vue seulement avec l'œil couvert du verre rouge. Le degré de la bande en face lequel se produira ce phénomène indiquera la limite du fusionnement.

En opérant ainsi des deux côtés du 0, nous obtenons l'étendue angulaire de la vision binoculaire. C'est ainsi que nous contrôlons l'existence de cette fonction chez nos malades.

Selon l'étendue plus ou moins grande de la vision binoculaire dans le champ du regard, cette bande de fusion est plus ou moins étendue.

Ce test de la vision binoculaire présente donc cet avantage, qu'en même temps qu'un *contrôle qualitatif il comporte un contrôle quantitatif.*

Nous faisons souvent ce contrôle quantitatif chez nos sujets soumis aux exercices stéréoscopiques, car il nous montre les progrès réalisés par eux. Cette bande de fusion, annexée à l'observation de nos malades, est donc de première importance. On peut ainsi, en quelque sorte, toucher du doigt les différentes phases par lesquelles a passé le malade avant d'arriver au rétablissement complet de la vision binoculaire.

11° De la conservation du globe de l'œil dans l'extirpation des tumeurs du nerf optique. Description d'un procédé nouveau.

Congrès français de Chirurgie, 18 au 23 avril 1892.

Les tumeurs du nerf optique se divisent en tumeurs secondaires propagées au nerf optique et en tumeurs primitives siégeant dans le nerf seul.

Nous ne nous occupons ici que des tumeurs malignes primitives.

Au point de vue anatomo-pathologique, ce sont des sarcomes avec leurs nombreuses variétés.

On peut d'assez bonne heure faire le diagnostic, grâce à certains signes absolument opposés à ceux des tumeurs malignes du globe.

Le plus souvent on a, avec perte de la vision et exophtalmie, la conservation complète des mouvements du globe. La propagation se fait vers le crâne, jamais vers la papille. L'œil est détruit par pression, non par envahissement de ses membranes et toujours assez tard. Il y a absence d'adhérences avec les organes de la loge postérieure de l'orbite, si bien, fait très important, que, même assez tard, les tumeurs du nerf optique sont curables.

Du fait de l'intégrité du globe et du défaut d'adhérences, le traitement opératoire doit aboutir à l'extirpation complète de la tumeur, mais avec conservation du globe.

Il est évident qu'on ne doit intervenir que si le néoplasme est limité exclusivement à la cavité orbitaire.

Étant donnée l'intégrité de l'œil qu'il faut conserver en vue de la prothèse, nous avons proposé un procédé nouveau que voici :

L'angle externe est débridé par une incision de $1^{cm},5$ environ. On passe dans chaque paupière un fil qui sert à l'écarter. La conjonctive bulbaire est incisée depuis l'insertion du droit supérieur jusqu'à celle du droit intérieur. Le muscle droit externe est désinséré; on passe à son extrémité un fil de soie, confié à un aide.

On pénètre alors dans la loge postérieure de l'orbite et l'on énuclée la tumeur soit avec le doigt, soit avec la sonde cannelée. Cette énucléation est facile, étant donnée l'absence d'adhérences. Lorsque la masse est libérée le plus possible, on porte à sa partie postérieure, au moyen d'une aiguille courbe de Cooper ou de Deschamps, un fil que l'on place le plus près possible du trou optique. Tirant alors sur le fil, on sectionne le nerf au ras du trou, avec des ciseaux courbes.

Cela fait, il est facile d'attirer la masse en avant et en dehors, le globe bascule en bas. La tumeur étant détachée au ras de l'œil, celui-ci est basculé en sens inverse du premier mouvement, réintégré à sa place normale dans l'orbite; après quoi, on suture à la soie ou au catgut fin le tendon du droit externe à la conjonctive.

Ce procédé, qui ne ressemble en rien à celui de Knapp, n'est utilisable dans la chirurgie rétro-bulbaire que pour les tumeurs du nerf optique; mais pour ces tumeurs il est certainement supérieur à l'opération de Kronlein, d'ailleurs indispensable en d'autres cas.

Le malade opéré par le procédé que nous venons de décrire a été présenté à la Société de médecine de Bordeaux qui a pu constater le bon résultat de l'intervention.

12° Hétéroplastie orbitaire par la greffe d'un œil de lapin dans la capsule de Tenon.

Annales d'Oculistique, mars 1901.

Dans ce Mémoire, nous avons rappelé les efforts faits depuis longtemps par les oculistes pour obtenir une bonne prothèse et nous proposons de greffer un œil vivant dans la capsule de Tenon, en suturant au-devant de lui les muscles d'abord, la conjonctive ensuite.

Nous rapportons trois observations démonstratives dans lesquelles la greffe a donné un excellent résultat. Après la greffe l'œil s'atrophie, perd environ la moitié de son volume, mais permet une prothèse parfaite au point de vue du volume et de la mobilité.

Pour mener à bonne fin la petite opération que nous recommandons, nous croyons qu'il faut se placer dans certaines conditions et l'exécuter comme suit :

1° En faisant l'énucléation de l'œil malade, il faut placer un fil sur chacun des muscles droits pour empêcher leur rétraction et les avoir toujours sous la main;

2° Après l'énucléation, bien arrêter l'hémorragie qui se produit dans la capsule de Tenon; une irrigation d'eau glacée, l'eau oxygénée, le tamponnement prolongé un certain temps permettront toujours d'atteindre ce résultat, mais il est essentiel de l'obtenir; un épanchement de sang autour de l'œil greffé peut en empêcher la réunion;

3° Choisir un œil de lapin de moyen ou de petit volume appar-

tenant à un animal encore jeune, chez lequel on pratique l'énucléation avec une antisepsie très soignée;

4° Introduire cet œil dans la capsule de Tenon, et, au-devant de lui, suturer les muscles par paires avec des fils de soie fins ou de catgut; veiller à ce que les muscles soient bien étalés et non enroulés à la surface du globe transplanté;

5° Par-dessus les sutures musculaires qui ont pour résultat d'attirer au-devant de l'œil greffé la capsule de Tenon, on suture la conjonctive à points séparés assez rapprochés; quatre points seront habituellement nécessaires;

6° L'opération sera terminée par un pansement occlusif ordinaire et les fils conjonctivaux enlevés environ à la fin de la première semaine.

Tel est le procédé d'hétéroplastie orbitaire que nous croyons avoir le premier utilisé, et que nous nous proposons d'étudier encore.

13° De l'hétéroplastie orbitaire (greffe de l'œil de lapin) dan le but d'améliorer la prothèse.

Académie de Médecine, 6 juillet 1909, et Bulletin médical, juillet 1909.

Le seul moyen d'obtenir un moignon capable de donner une prothèse parfaite, consiste à greffer un œil de lapin dans la capsule de Tenon après énucléation. L'œil diminue de volume et s'altère, mais il en reste toujours une grande partie, tout ce qu'il faut pour que le sujet ait un bon moignon, très mobile si les muscles ont été bien suturés au-devant de l'œil greffé. Cette greffe peut être définitive chez les sujets jeunes, ceux qui en ont le plus besoin, aussi bien pour le développement de l'orbite qu'au point de vue esthétique.

Cette opération a été faite avec succès par beaucoup d'auteurs, notamment par de Gouvéa de (Rio-de-Janeiro), par Wickerkiewicz (de Cracovie); elle est décrite sous le nom de *Operation of Lagrange*, par Beard (de Chicago), in *Ophtalmic Surgery*.

14° De l'action de l'électrolyse sur les cultures de staphylocoques et de streptocoques.

Bulletin d'Ophtalmologie, 1893, p. 606.

Ce travail a été fait pour rechercher les causes d'efficacité de l'électrolyse dans le traitement des diverses affections des voies lacrymales. Par une série d'expériences, nous en avons démontré l'action antiseptique. L'électrolyse, sans avoir un pouvoir bactéricide absolu, produit une atténuation extrêmement marquée de la virulence.

Voici le dispositif original de ces expériences, faites en collaboration avec le Dr Mazet, dans le laboratoire des cliniques de la Faculté de Bordeaux.

Nous avons rempli un tube allongé et étroit, représentant le canal nasal, d'une culture très virulente de staphylocoques, puis nous avons fait passer, en nous servant d'une sonde plongée dans le tube et avec la même source d'électricité qui sert à opérer nos malades, un courant de 5 milliampères pendant 5 minutes. Il nous est arrivé de stériliser complètement la culture ainsi électrolysée et toujours nous en avons très considérablement atténué la virulence.

Nous nous sommes ainsi expliqué facilement les résultats heureux que l'électrolyse des voies lacrymales produit, non seulement sur le rétrécissement, mais aussi sur la suppuration du sac et du canal.

15° De l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales.

Archives cliniques de Bordeaux, septembre 1895.

Dans ce travail, communiqué à l'Académie de médecine le 7 mai 1895, nous nous attachons à préciser le manuel opératoire spécial, les indications et les contre-indications de l'électrolyse dans la cure des rétrécissements des voies lacrymales.

La question de technique est, en effet, capitale, car l'électrolyse peut être dangereuse lorsqu'elle n'est pas attentivement dosée et très douloureuse quand le courant n'est pas méthodiquement gradué.

Il convient de se conformer aux règles suivantes :

1° La pile doit être munie d'un bon rhéostat;

2° L'intensité sera graduellement augmentée jusqu'à 5 milliampères au maximum, en manœuvrant très doucement le rhéostat;

3° Pendant la durée de l'opération, les fils ne devront pas être touchés, les électrodes devront rester à la même distance, le positif dans le nez sous forme d'un tampon d'ouate imbibée d'eau salée, le négatif dans le canal sous forme de sonde;

4° L'intensité devra être graduellement diminuée;

5° La durée ne doit pas excéder 5 minutes.

Dans l'instrumentation à mettre en œuvre, trois choses demandent une attention toute particulière : la sonde, le galvanomètre, le rhéostat.

La sonde doit être pourvue d'un bon enduit isolant dans toute sa moitié supérieure : l'oblitération des canalicules lacrymaux, trop souvent observée après l'électrolyse sera ainsi évitée, mais il faut faire usage d'un enduit isolant efficace. Il convient de se méfier des enduits isolants trop superficiels; la meilleure sonde est celle dont toute la partie supérieure de la tige est cachée sous une enveloppe semblable à celle qui sert à faire les bougies urétrales.

Le galvanomètre le plus pratique est le galvanomètre apériodique. Les autres petits galvanomètres en usage ont, en général, moins de précision et présentent des oscillations très gênantes; ils ne permettent pas d'apprécier suffisamment (surtout quand il s'agit de faibles intensités) la quantité d'électricité utilisée.

Ce galvanomètre apériodique peut être ajouté à un appareil portatif de Chardin, mais on est alors tenu de se servir du collecteur annexé à cette pile et d'augmenter brusquement par à-coups la dose du courant, en tournant la manette; la graduation ainsi faite a le grand défaut d'entraîner des phénomènes douloureux

qui peuvent être supprimés quand on se sert d'un rhéostat approprié. Le rhéostat le meilleur est celui du professeur Bergonié, de Bordeaux. Il a tous les avantages désirables; son seul défaut est de ne pouvoir faire partie d'un appareil transportable. Il suffit d'ailleurs d'une assez faible source d'électricité, puisqu'il n'est jamais nécessaire de dépasser plus de 5 milliampères.

C'est donc dans le fait d'une électrolyse mesurée avec beaucoup de précision, dans l'utilisation d'un rhéostat permettant d'augmenter très graduellement la quantité d'électricité, dans l'usage d'une sonde pourvue d'un bon enduit isolant dans sa partie supérieure, que réside l'originalité de l'instrumentation que nous mettons en pratique.

16° Traitement du glaucome chronique.

Rapport présenté au Congrès international de Budapest, août 1909, et au Congrès de Londres, 1913.

Travail d'ensemble mettant au point la question du traitement du glaucome chronique et résumant tous nos travaux originaux sur ce sujet.

Laissant les nombreux travaux publiés en français sur notre opération, nous mentionnerons les publications suivantes contenues dans des journaux anglais et italiens.

LAGRANGE. — On the production of a filtering cicatrix in chronic glaucoma (*The Ophtalmoscope*, septembre 1907, p. 466-472).

— On the filtering cicatrix in the cure of glaucoma (*The Ophtalmoscope*, 1908, p. 363-374).

— On simple sclerectomy in chronic simple glaucoma (*The Ophtalmoscope*, 1908, p. 770-776).

— Sulla sclerecto-iridectomia nel glaucoma chronico (*Annali di Ottalmologia*, anno XXXVII, f. 10-11, 1908, p. 719-729).

Outre nos travaux personnels, signalons encore quelques-uns de ceux qui ont été déjà écrits en France et à l'étranger sur notre opération du glaucome dans le but d'en préciser l'importance et la valeur :

H. Herbert (Bombay). — The filtering cicatrix in the treatment of glaucoma (*The Ophtalmoscope*, 1907, p. 292-300).

R.-H. Elliot (Madras). — A preliminary note on a new operative procédure for the establishment of a filtering cicatrix in the treatment of glaucoma (*The Ophtalmoscope*, 1909, p. 804-806).

R.-H. Elliot. — Some cases demonstrating the existence of the filtering cicatrix (*The Ophtalmoscope*, 1909, p. 807-808).

Robert-W. Doyne (Oxford). — A case glaucoma treated by Lagrange's operation of sclerecto-iridectomy (*The Ophtalmoscope*, 1908, p. 416-418).

H. Herbert. — Operations for the filtering cicatrices (*The Ophtalmoscope*, 1908, p. 483-485).

Holth. — *XIe Congresso Internat. d'Ophtalmologia.* Napoli, 1909.

— Sclérectomi med. trepansaks. Medicinsk Sels kabi Christiania, mars 1909 (*Ann. d'Oculistique*, p. 1).

Meller (Vienne). — Traitement du glaucome chronique par l'opération de Lagrange (*Congrès international de Budapest*, août 1909).

Pagenstecher. — Operations methode von Lagrange für glaucoma (*Augenheilanstalt für Arme in Wiesbaden*, 1909, p. 8-10).

Fergus (de Glasgow). — Treatment of glaucoma by trephining (*British med. Journal*, octobre 1909).

Elliot. — The trephine in the treatment of glaucoma (*The Ophtalmoscope*, avril 1910).

Rochon-Duvigneaud (*Société d'Ophtalmologie de Paris*, 3 décembre 1906).

Rochon-Duvigneaud. — Les conditions d'efficacité de l'irido-sclérectomie (*Archives d'Ophtalmologie*, mars 1908).

Rochon-Duvigneaud et Bardabault.— Fistulation sclérale sous-conjonctivale par la sclérectomie (*Société d'Ophtalmologie*, 7 juillet 1908).

Bardabault. — De la sclérecto-iridectomie dans le traitement du glaucome chronique (opération de Lagrange (*Thèse de Paris*, juillet 1908).

Rochon-Duvigneaud. — Un dernier mot sur la sclérectomie (*Archives d'Ophtalmologie*, 1908).

Dor. — Sur la sclérectomie à l'emporte-pièce (*Société française d'Ophtalmologie*, Paris, mai 1909).

Valude. — Sur l'opération de Lagrange (*Annales d'Oculistique*, septembre 1908).

Demicheri. — Examen anatomique d'un œil atteint de glaucome chronique opéré par la méthode de Lagrange (*Annales d'Oculistique*, septembre 1908).

Dufour. — Glaucome, ses formes cliniques et son traitement chirurgical (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1909).

Jacqueau. — Sclérectomie antérieure dans le glaucome (*Société française d'Ophtalmologie*, 1910).

Ce sont là les travaux qui ont été publiés sur notre opération du glaucome pendant la période où cette opération a été discutée, maintenant *elle est acceptée par tout le monde* et les publications qui ont été faites à son sujet en Autriche-Hongrie, en Italie, et surtout en Angleterre et en Amérique sont tellement nombreuses que nous ne pouvons pas les rapporter.

La *méthode fistulisante*, qui est la nôtre, est entrée définitivement dans la cure du glaucome chronique; on l'applique tantôt en faisant la trépanation de la sclérotique, tantôt en employant l'emporte-pièce, tantôt avec les ciseaux, ou bien encore avec un simple couteau à cataracte, mais toujours on résèque la sclérotique en face de la chambre antérieure, au niveau de la rigole de Fontana.

Dans cet exposé de titres, en nous excusant d'insister, nous citerons textuellement l'historique de la question du traitement du glaucome tel qu'il a été fait par Elliot, oculiste célèbre de l'Angleterre, qui dit à propos de la sclérectomie, base de la méthode fistulisante :

« Malgré tout, et je le dis consciemment, elle s'imposera, von Grœfe la rêva, de Wecker et beaucoup d'autres dans le passé la cherchèrent ardemment pendant de longues années.

« Le génie de Lagrange la découvrit (1). »

Parmi les nombreux travaux récents faits sur ce sujet je signalerai entre beaucoup d'autres :

Le Magoubou. — Thèse de Bordeaux, 1913.

Coppez. — Sur une modification à l'opération de Lagrange (*Archives d'Ophtalmologie*, 1911).

Lagrange. — De la sclérectomie avec boutonnière irienne périphérique (*Archives d'Ophtalmologie*, 1911).

Lagrange. — Pronostic du glaucome chronique (*Archives d'Ophtalmologie*, 1911).

(1) Voir *La clinique ophtalmologique*, septembre 1916, p. 557.

Mœller. — Ueber di Sklerektomie nach Lagrange (*Klinisch. Monatsblatter für Augenh.*, 1914).

Lagrange. — De la méthode fistulisante dans la cure du glaucome chronique. Valeur comparée des divers procédés opératoires (*Archives d'Ophtalmologie*, février 1914).

17°.

Pendant la guerre 1914-1919 nous nous sommes surtout, exclusivement même, occupé de nos blessés de guerre et nous avons publié deux Ouvrages qui ont été récompensés par l'Institut (Prix Montyon, 1918) : 1° *Les fractures de l'orbite par les projectiles de guerre;* 2° *Atlas d'ophtalmoscopie de guerre.*

Les idées originales contenues dans ces travaux peuvent être résumées de la façon suivante :

1° Nous appellerons d'abord l'attention sur ce fait que les fractures du crâne par projectiles de guerre, intéressant la voûte cranienne, à une certaine distance de l'orbite, même quand elles s'accompagnent de larges pertes de substance et par conséquent d'un ébranlement très accentué, n'entraînent ni irradiation, ni fractures par contre-coup sur la voûte de l'orbite. Contrairement à ce qu'enseignent les classiques, la fente sphénoïdale, le trou optique et les organes qui y sont contenus restent indemnes après de pareils traumatismes.

En chirurgie d'armée, les fractures de la voûte orbitaire sont des fractures directes.

A la page 20 du Volume sur les *Fractures de l'orbite*, on trouve une étude originale sur l'application des lois de la Dynamique et l'étude des traumatismes de l'orbite; la figure 3 (p. 21) et sa légende résument bien notre théorie personnelle.

2° L'œil est souvent intéressé, dans les fractures de l'orbite, même lorsque ni le projectile, ni les fragments osseux ne l'ont touché directement; il se produit, au niveau de la macula et autour

d'elle, des lésions d'ébranlement extrêmement marquées, très graves; elles sont visibles à l'ophtalmoscope sous forme d'hémorragies ou de déchirures, quelquefois seulement choroïdiennes, souvent chorio-rétiniennes.

A côté des lésions visibles à l'ophtalmoscope, il convient de signaler les désordres que nous ne pouvons voir; l'acuité visuelle centrale d'un sujet, dont l'œil paraît absolument intact, peut ainsi être très basse; ces désordres peuvent d'ailleurs, dans une certaine limite, se réparer, mais leur importance doit être considérée comme étant de premier ordre par les cliniciens dans l'établissement de leurs diagnostics et des certificats médicaux-légaux militaires. Les troubles décrits sous le nom de *commotion rétinienne* sont le premier degré, le degré invisible à l'ophtalmoscope, de ces lésions d'ébranlement à distance que nous avons décrites le premier (15 mai 1915, Académie de Médecine).

3° A côté de ces lésions d'ébranlement nous avons, dans cet Ouvrage, fait ressortir la fréquence des lésions de contact produites par un projectile qui a légèrement contusionné l'œil en passant à côté de lui, ou par un fragment osseux plus ou moins violemment projeté vers le globe oculaire.

Lésion d'ébranlement et lésion de contact coexistent souvent et se complètent; un examen ophtalmoscopique approfondi permet de faire la part de ces variétés de lésions dans les désordres anatomiques subis par les membranes profondes.

4° Entre la production de ces divers désordres et la façon dont le projectile a intéressé l'orbite, il existe des relations tellement constantes que nous avons pu synthétiser ces données cliniques sous forme de lois, dont nous vérifions tous les jours l'exactitude et sur lesquelles nous croyons devoir attirer, d'une façon spéciale, l'attention de nos confrères. [Voir le Volume sur les *Fractures de l'orbite* (p. 34 et suiv.) et l'Introduction de l'*Atlas d'Ophtalmoscopie de guerre*.]

Première loi. — Lorsque le projectile passe au-dessous du globe oculaire sans traverser l'orbite, sans le fracturer, il entraîne des

lésions d'ébranlement retentissant sur l'œil au niveau de la région maculaire.

C'est la grande cause de la diminution ou de la perte de l'acuité visuelle centrale.

Deuxième loi. — Lorsque le projectile a fracturé l'orbite en enfonçant plus ou moins la paroi sans toucher le globe de l'œil, il produit dans le globe oculaire de graves lésions d'ébranlement, lésions maculaires et ruptures choroïdiennes. Les lésions maculaires existent distinctes, quelle que soit la paroi lésée, externe, interne ou inférieure.

Troisième loi. — Lorsque le projectile a traversé l'orbite sans toucher le globe de l'œil, il produit les mêmes désordres, plus ceux qui résultent de la déchirure des organes contenus dans la cavité orbitaire. Le nerf optique est souvent sectionné; la papille est alors déchirée, comme arrachée.

Quatrième loi. — Lorsque le projectile frôle le globe de l'œil tangentiellement, sans le rompre, ou lorsque le globe est touché par la paroi orbitaire enfoncée, il se produit des désordres immédiatement en face du point contusionné (déchirures chorio-rétiniennes avec décollement rétinien et rétinite proliférante); la région maculaire est souvent comprise dans l'étendue des désordres, mais elle n'est pas lésée isolément.

5° Lorsque la chorio-rétine est largement déchirée, il se produit, à la suite d'une hémorragie intra-oculaire plus ou moins abondante, non de la rétinite proliférante classique, mais une chorio-rétinite qui présente des caractères particuliers, que nous nous sommes appliqué à mettre en relief et qui font de cette affection un type morbide à part, non encore décrit.

Les cas assez fréquents en chirurgie d'armée et si rares en ophtalmologie civile, d'arrachement total du nerf optique, produisent au maximum cette chorio-rétinite proliférante.

Nous donnons ici le Tableau symptomatique de cette chorio-rétinite proliférante traumatique décrite par nous pour la première fois.

TABLEAU COMPARATIF MONTRANT LES DIFFÉRENCES DE LA RÉTINITE PROLIFÉRANTE CLASSIQUE ET DE LA CHORIO-RÉTINITE PROLIFÉRANTE TRAUMATIQUE.

Rétinite proliférante classique.	*Chorio-rétinite proliférante traumatique.*
Prolifération due à l'organisation du sang épanché; peut se produire sans hémorragie préalable.	Toujours consécutive à une hémorragie et à une rupture des membranes profondes.
Membranes avec prolongements multiples; aspect de toile d'araignée tendue sur une grande partie du fond de l'œil.	Plaque fibreuse, d'une épaisseur plus régulière, plus localisée.
Membranes translucides en certains points.	Partout opaque.
Renflements se terminant librement dans le corps vitré.	Simple relation de voisinage avec le corps vitré.
Masses pédiculées, polymorphes, surface inégale, saillie très marquée.	Pas de masses très proéminentes dans le corps vitré; surface égale, saillie modérée.
Siège dans toutes les parties de la rétine.	Beaucoup plus commune dans la macula, la papille et son pourtour.
Foyer de pigmentation assez fréquent autour des membranes.	Foyers de pigmentation, très fréquents.
Se complique souvent de décollement rétinien par les tiraillements des tractus vitréens.	Ne s'accompagne pas de décollement consécutif à la prolifération qui attache, au contraire, la rétine à la choroïde.

6° Une particularité qui nous a frappé chez nos blessés, c'est l'absence de ruptures sclérales partielles produites selon la théorie de l'équateur de dépression; les projectiles qui frappent l'œil tangentiellement font des lésions de contact; s'ils contusionnent l'œil assez directement pour en rompre la charpente fibreuse, ils l'écrasent complètement, le détruisent; il n'y a pas de place en ophtalmologie militaire pour les ruptures sclérales dans la région intercalaire et les luxations sous-conjonctivales du cristallin, etc. les projectiles qui frappent l'œil directement pénètrent dans son intérieur s'ils sont petits; s'ils sont gros, ils l'écrasent et l'organe perd absolument sa forme; il n'existe plus.

Nous n'avons pas, en 30 mois de pratique, et sur plus de 600 fractures de l'orbite, observé un seul cas qui s'écarte de cette règle; sans doute on pourra rencontrer des exceptions, mais la vérité clinique, que nous exposons ici, n'en restera pas moins solide.

7° Nous avons encore, avec nos observations, pu faire une etude spéciale des hématomes des gaines du nerf optique et nous assurer que l'hémorragie ne se propage pas dans la cavité oculaire, ainsi que les meilleurs classiques l'ont enseigné, mais que le pigment hématique, au bout d'un temps assez long, fuse jusqu'à la papille et produit un croissant ou un anneau pigmenté, conséquence directe de l'hémorragie. Il n'y a pas propagation à la papille d'une hémorragie récente des gaines du nerf; mais il y a, secondairement, assez tardivement, migration du pigment hématique.

8° En ce qui concerne la thérapeutique, le Volume sur les *Fractures de l'orbite* contient, sur la chirurgie réparatrice de l'orbite, au moyen de greffes adipeuses et cartilagineuses, des documents sur lesquels nous croyons devoir appeler l'attention des ophtalmologistes auxquels il appartient de tenir la chirurgie orbitaire au courant de tous les progrès.

18°.

Nous signalerons en terminant deux travaux originaux, l'un sur le relèvement de la tension oculaire, l'autre sur l'anaplérose (remplissage) orbitaire pour améliorer la prothèse après l'énucléation.

Du relèvement de la tension oculaire.

Archives d'Ophtalmologie, 1914.

Il est démontré dans ce travail que la tension oculaire, lorsqu'elle est trop basse, au-dessous de 15°, doit être relevée, et qu'il est possible d'obtenir ce résultat en cautérisant la région de l'angle de filtration de façon à créer à ce niveau un tissu scléral artificiel qui, bouchant les orifices lymphatiques communiquant avec la rigole de Fontana, empêchent le liquide de sortir de l'œil.

C'est contre le décollement (maladie à hypotension) surtout que ce traitement doit être préconisé.

Il est aussi utile de relever la tension en pareil cas qu'il est nécessaire de l'abaisser dans la thérapeutique du glaucome.

Cette conception thérapeutique, absolument originale et sur laquelle nous faisons en ce moment des travaux, n'a pas encore reçu la consécration du temps.

L'anaplérose orbitaire.

Académie de Médecine, décembre 1918, et Archives d'Ophtalmologie, mars 1919.

Dans cette opération nouvelle, nous nous proposons de greffer dans l'orbite un greffon de tissu cellulo-adipeux, pris dans la partie molle de la région temporale; le greffon est retourné sur lui-même, passe sous la commissure externe et vient prendre dans l'orbite la place de l'œil enlevé. Au lieu des si nombreuses greffes pseudo-plastiques, hétéroplastiques, homoplastiques non pédiculées qui ont été faites, nous faisons dans l'orbite une greffe homoplastique pédiculée qui apporte ses vivres propres dans la cavité orbitaire.

Cette opération nouvelle, dont nous avons déjà fait bénéficier un grand nombre de nos blessés de guerre, est trop récente pour avoir été adoptée, puisqu'elle date seulement de quelques mois; mais elle est conçue de telle façon que nous croyons pouvoir fonder sur elle de grandes espérances. Il nous semble aujourd'hui que, par cette opération, la question des greffes orbitaires esthétiques est résolue.

59640 Paris. — Imprimerie Gauthier-Villars et Cie, quai des Grands-Augustins, 55.